



# Le rôle des cabinets-conseil dans la prévention des risques psychosociaux du travail : des représentations aux pratiques

Tarik Chakor

## ► To cite this version:

Tarik Chakor. Le rôle des cabinets-conseil dans la prévention des risques psychosociaux du travail : des représentations aux pratiques. 2010. hal-00584404

**HAL Id: hal-00584404**

**<https://hal.science/hal-00584404>**

Preprint submitted on 8 Apr 2011

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

# **Le rôle des cabinets-conseil dans la prévention des risques psychosociaux du travail : des représentations aux pratiques**

CHAKOR Tarik  
Doctorant en Sciences de Gestion  
Laboratoire d'Économie et de Sociologie du Travail  
LEST-CNRS, UMR 6123, Aix-en-Provence  
[tarik.chakor@univmed.fr](mailto:tarik.chakor@univmed.fr)

## **Introduction**

Évolutions des cadres légaux et réglementaires, monde du travail en mutation, multiplication des « scandales sanitaires » dans la sphère professionnelle : le traitement de la question du stress au travail et des risques psychosociaux (RPS) est devenu fondamental, le stress au travail étant considéré comme le « mal du XXIème siècle » (Légeron, 2008).

La lutte contre les RPS constitue pour le Bureau International du Travail (BIT) « *l'un des plus grands défis que devront relever les gouvernements, les employeurs et les syndicats au cours des années à venir* » (ILO, 2002)

La prévention des risques psychosociaux (PRPS) représente en effet un quadruple enjeu : un enjeu économique tout d'abord, via les coûts directs et indirects liés aux RPS (absentéisme, turnover, baisse de la productivité etc.) ; un enjeu social ensuite, le champ de la santé au travail constituant un champ privilégié de dialogue social entre employeur et salariés, permettant de fédérer ces acteurs autour d'un projet social commun ; un enjeu juridique, l'employeur étant tenu de mettre en place une véritable politique de santé au travail, se déclinant tant sur le plan physique que sur le plan mental (sa responsabilité pénale étant engagée) ; et enfin un enjeu politico-médiatique, les événements tragiques survenus récemment, notamment chez France Télécom, focalisant l'opinion publique et la classe politique sur ce thème.

La PRPS s'articule autour de trois niveaux : primaire, secondaire et tertiaire. La prévention primaire « à la source » agit directement sur l'organisation et les conditions de travail. La prévention secondaire « corrective » vise à limiter les conséquences sur la santé chez des personnes présentant des symptômes liés aux RPS. La prévention tertiaire « curative » soigne les personnes en souffrance afin que leur état de santé ne se détériore pas plus.

Il est intéressant de mettre en évidence le fait que de nombreux auteurs étudiant cette prévention soulignent la dominance des programmes axés sur l'individu (secondaire et tertiaire), au détriment de programmes centrés sur l'organisation (primaire) (Cartwright et al., 1996 ; Ivancevich et al., 1990 ; Kiener, 2001 ; Légaré et al., 2000).

Des études ont pourtant souligné que les interventions primaires s'avèrent être les plus efficaces (DeFranck & Cooper, 1987 ; Van der Hek & Plomp, 1997), tandis que les interventions individualisées produisent des effets généralement de courte durée (Murphy, 1988 ; Légaré et al., 2000). Murphy conclut notamment son étude des interventions individuelles en prévention du stress en affirmant que certaines d'entre elles avaient des effets positifs, mais que ceux-ci diminuaient avec le temps (*ibid.*, 1988).

Au regard de ces constats, notre question de départ sera la suivante: pour quelles raisons les interventions de prévention des risques psychosociaux s'orientent principalement vers des actions individualisées, de type secondaire et tertiaire, au détriment d'actions collectives, de type primaire ?

## **1. L'individualisation de la PRPS : des explications peu satisfaisantes ou à approfondir**

### **1.1 Des « commodités préventives » peu significatives**

La littérature portant sur l'individualisation de la PRPS avance cinq explications principales que nous allons brièvement présenter : une cible individuelle plus aisément « repérable », un signal auprès des acteurs de l'organisation, la difficulté de mesure au niveau organisationnel, le profil du préventeur et le caractère « politiquement correct » de l'imputabilité de la responsabilité des RPS.

Les acteurs de la PRPS seraient plus enclins à intervenir au niveau de l'individu car cela facilite l'intervention : en effet, la cible est plus facilement « repérable », moins coûteuse en temps et en moyens, et elle contourne l'incertitude d'un large programme portant sur l'organisation et mobilisant des ressources beaucoup plus larges, donc moins identifiables dans l'immédiat. L'individualisation de la prévention jouerait également un rôle de « signal » auprès des salariés, via la visibilité de l'action directe d'une Direction s'impliquant vis-à-vis des questions de santé. Cette « sous-utilisation » du primaire peut également être liée à la difficulté pour les acteurs de la prévention de définir et de

mesurer les risques au niveau organisationnel (Vézina et al., 2006). Selon Abord de Chatillon, ce sont les difficultés de mesure du stress, et plus largement des risques psychosociaux, qui sont à la base de cet individualisation de la prévention : *« l'effort de l'organisation va porter sur les éléments les plus facilement repérables et mesurables ; ce qui n'est pas mesuré n'existe pas vraiment pour le système de décision de l'organisation »* (Abord de Chatillon, 2004).

Ces explications ne peuvent qu'expliquer à la marge l'individualisation des dispositifs de PRPS : en effet, limiter la PRPS à de simples « commodités préventives », visant à individualiser la prévention pour des raisons de mesure ou de signal, conduit à négliger la dimension conflictuelle du champ de la prévention, et plus largement du champ des RPS. Cru (1996) évoque la « conception usuelle de la prévention », caractérisée notamment par une vision solipsiste de l'être humain, isolé et placé hors de la réalité collective et sociale, et limitant la prévention aux pathologies immédiatement diagnosticables et non au travail lui-même.

Les deux explications suivantes apparaissent beaucoup plus intéressantes et « porteuses de sens », car elles abordent la conflictualité de ce champ.

## **1.2 Une prévention individualisée « plus aisée »**

L'explication en termes de « profil du préventeur » souligne le fait que les praticiens de l'intervention, souvent des conseillers, des psychologues ou des médecins, se sentent *plus à l'aise* dans des actions de type individuel (Ivancevich et al., 1990).

L'autre explication considère qu'il est *plus aisé* pour un préventeur de faire porter l'origine des maux sur le salarié, sur l'individu, que sur l'organisation, et donc sur la Direction. Selon Huez, *« il est extrêmement difficile pour une direction d'arriver à penser que les modalités organisationnelles qu'elle met en œuvre peuvent être responsables d'atteinte à la santé. »* (Huez, 2008).

Il convient ici d'approfondir ce que recouvre le terme « plus aisé » : cette manière d'approcher le champ des RPS et de la PRPS souligne le fait que ce champ est composé de différents enjeux, tant au niveau des termes employés que des actions préventives à mettre en place.

De la vision « accommodante » de trois premières explications, on s'intéresse ici à la **construction sociale des RPS** et à la **mise en œuvre concrète des dispositifs de PRPS**. L'individualisation ici ne serait plus conséquence de la facilité de la mesure individuelle ou de la difficulté de la mesure organisationnelle, mais semble témoigner de l'existence d'enjeux préventifs entre les acteurs de la PRPS, se traduisant autant dans la construction de la signification des RPS que dans la mise en place de la PRPS.

Nous retiendrons donc comme objet de recherche la construction sociale des RPS et la mise en œuvre concrète des dispositifs de PRPS. Il est indispensable d'aborder ces deux éléments de manière simultanée, la traduction « concrète » du premier s'opérant durant le second et la compréhension du second ne pouvant être assurée que par l'analyse du premier.

## **2. La construction sociale des RPS : représentations et imputabilité de responsabilité**

La construction sociale des RPS s'opère à partir de différentes grilles disciplinaires, chacune éclairant un « chemin de causalité » des RPS, parmi l'ensemble des logiques multifactorielles de ces risques. Nous verrons ensuite que ces grilles de lecture induisent une responsabilité différenciée dans l'occurrence des RPS.

### **2.1 Les grilles de lecture disciplinaires des RPS : six « portes d'entrée représentatives »**

Il est possible de distinguer six grilles de lecture disciplinaires des RPS : biologique, épistémologique, psychodynamique, psychologique cognitiviste, psychologique clinique et sociologique.

- La *grille de lecture biologique* analyse le fonctionnement du corps humain via ses régulations « naturelles » et physiologiques. Ainsi, les RPS seront les conséquences ici d'une réaction du corps humain à une agression extérieure. Hans Selye (1976) fut l'un des premiers à s'intéresser au mécanisme du stress, considéré comme un mécanisme adaptatif normal du fonctionnement humain, ne devenant pathologique qu'après exposition chronique à la situation stressante. Il distingue la phase d'alarme, caractérisée par l'accélération du rythme cardiaque, la phase d'adaptation,

où l'organisme mobilise ses réserves d'énergie pour affronter la situation, et la phase d'épuisement, où les moyens de défense deviennent inefficaces ou épuisés.

- La *grille de lecture épidémiologique* vise à identifier les facteurs de l'environnement de travail perçus par l'individu et pouvant augmenter le risque de survenue de problèmes de santé (Neboit & Vézina, 2002), notamment via les deux modèles de référence : le modèle de Karasek et le modèle de Siegrist. Le premier considère comme situation à risque pour la santé la situation combinant forte demande psychologique et faible latitude décisionnelle : le *job strain*. Ce modèle a ensuite été complété par une nouvelle dimension : le *soutien social*. Ici, la perception d'un manque de soutien social au travail conduit à aggraver les effets du *job strain* (Karasek, 1979). Le second considère la perception d'un déséquilibre efforts élevés/récompenses faibles comme source de RPS (Siegrist, 1996).
- La *grille de lecture psychodynamique* introduit la structure de la personnalité dans le rapport homme - travail, pour analyser ce que la confrontation à la tâche représente pour lui (Dejours, 1980). La souffrance mentale naît de l'inadaptation entre les besoins issus de la structure mentale du sujet et le contenu ergonomique de la tâche, le travail étant un élément central de la construction de l'identité du travailleur. Ainsi, le manque de reconnaissance, l'amputation du sens du travail, l'impossibilité de participer à la production commune sera source de souffrance.
- La *grille de lecture psychologique cognitiviste* étudie la perception qu'a le sujet de l'équilibre ou du déséquilibre entre les exigences auxquelles il est soumis et les ressources qu'il peut mobiliser dans une situation de travail. Selon le modèle transactionnel, la souffrance mentale apparaît quand le sujet est face à un événement qu'il perçoit comme excédant ses ressources disponibles perçues. Ainsi une même situation peut être vécue différemment selon la signification qui lui est accordée par l'individu (Mackay & Cooper, 1987). Selon le modèle interactionniste, l'émergence des RPS dépend de la perception des contraintes de la situation de travail et des facteurs individuels (sociologiques, démographiques, professionnels, psychologiques).
- La *grille de lecture psychologique clinique* analyse le rapport sensible au travail et l'engagement de l'homme au travail, sujet social et psychique, agissant via des processus physiologiques et cognitifs. Toute situation de travail empêchant le

développement du rapport sensible au travail, ou l'« activité empêchée », augmentera la souffrance mentale de l'individu (Davezies, 2007).

- La *grille de lecture sociologique* vise à prendre en compte le subjectif, à le replacer dans l'organisation du travail et dans les dynamiques de groupe (Loriol, 2009). Les RPS sont considérés comme une construction sociale propre à chaque milieu professionnel et permettant de verbaliser des tensions professionnelles. Le recours à ce terme diffèrera selon les milieux professionnels et l'« étiquetage du malaise » : il existe différentes façons de vivre un même mal-être, influencé par la culture, les représentations, les normes et valeurs du groupe professionnel (Bouffartigue et al, 2008). Loriol parle de « construction sociale de la souffrance et du stress au travail » (*ibid.*, 2009). La souffrance mentale, dont le stress professionnel, apparaîtra dans les cas d'obstacle au fonctionnement du collectif, d'absence de construction collective (Detchessahar et al., 2009), de restriction des espaces d'autonomie et de construction personnelle.

Réaction physiologique, perception individuelle de l'environnement de travail, obstacle à la construction de l'identité, perception cognitive d'une situation excédant les ressources perçues, obstacle au développement du rapport sensible au travail ou construction sociale de la souffrance, les RPS peuvent donc répondre à différentes logiques d'occurrence, différents « chemins de causalité ».

Quels sont les impacts d'une telle pluralité d'interprétations et de représentations sur la prévention des RPS au sein de la sphère professionnelle ? Comment ces représentations influent-elles sur la mise en place d'actions préventives au travail ?

## **2.2 Une représentation « responsabilisante »**

Comme le souligne Loriol, les « *querelles sur les termes (...) ne sont pas que de simples spéculations intellectuelles (...), mais ont des conséquences concrètes et importantes. De la représentation finalement retenue dépendent en effet les solutions mises en œuvre.* » (Loriol, 2006).

Ainsi, le type de représentation adopté aura des effets directs sur le type de prévention qui sera mis en place.

Il convient ici de confronter les différentes pistes préventives découlant de chacune des grilles de lecture, ces dernières permettant de « responsabiliser » un ou des élément(s) de la situation de travail, parmi le flot d'interactions caractérisant la logique multifactorielle des RPS.

Il est possible de distinguer trois « porteurs de responsabilité des RPS » : l'individu, l'interaction individu-organisation et l'organisation.

*La responsabilité des RPS portée par l'individu* : cette situation découle des grilles de lecture biologique, épidémiologique et psychologique cognitiviste. En effet, ces trois grilles de lecture font porter la responsabilité de l'occurrence des RPS sur l'individu. Au niveau biologique, il s'agit de la réaction physiologique individuelle qui fait émerger une situation de souffrance mentale. Au niveau épidémiologique et psychologique cognitiviste, c'est respectivement la perception individuelle des contraintes de l'environnement de travail et celle des ressources individuelle dans une situation de travail perçue qui sont à l'origine de RPS.

*La responsabilité des RPS portée par l'interaction Individu-Organisation* : les grilles de lecture psychodynamique et psychologique clinique soulignent cette interaction comme source potentielle de RPS. L'impossibilité de construire son identité dans l'accomplissement de son travail et/ou de développer un rapport sensible au travail sont à la base de l'émergence des RPS.

*La responsabilité des RPS portée par l'organisation* : cette situation est portée par la grille de lecture sociologique. C'est l'organisation qui est ici à l'origine des RPS, via une logique d'émergence collective de la souffrance mentale, de construction sociale de cette dernière.

Il existe donc un enjeu d'« imputabilité de responsabilité » lié au choix de la grille de lecture représentative des RPS. Ainsi, une lecture sociologique du phénomène des RPS fera porter la responsabilité de ces derniers aux éléments organisationnels, induisant des actions de prévention de type primaire. Une lecture biologique, épidémiologique ou psychologique cognitiviste tendra à la mise en place d'actions de prévention individualisées, de type secondaire et tertiaire. Enfin, la lecture psychodynamique et psychologique clinique semble offrir des pistes de prévention tant au niveau primaire qu'aux niveaux secondaire et tertiaire, du fait d'une responsabilité dépendant de l'interaction entre l'individuel et l'organisationnel.



### **3. La prévention des RPS s'inscrit dans un large « jeu d'acteurs » : les enjeux préventifs**

#### **3.1 Un jeu d'acteurs complexe**

L'explication en termes de « profil du préventeur » est directement liée à l'enjeu d'imputabilité de responsabilité : en effet, ce profil aura une incidence directe sur la représentation des RPS finalement retenue par le préventeur. Ainsi, la sur-représentation de profils de préventeurs individualisants aboutira à une individualisation certaine de la prévention des RPS. Cette individualisation serait à mettre en parallèle avec l'existence de tendances sociales et intellectuelles très fortes psychologisant et individualisant les réponses préventives (Thébaud-Mony & Robatel, 2009).

L'explication en termes de « problèmes d'imputabilité », de « politiquement correct » est également liée à l'enjeu d'imputabilité de responsabilité des RPS, mais d'une autre manière : ici, l'attention est portée sur le jeu d'acteur existant durant le déroulement de l'action, et sur le fait que ces acteurs ont des intérêts pouvant être convergents ou divergents.

La question de l'imputabilité de responsabilité des RPS semble devoir se poser en termes de lutte de représentation, de jeux d'acteurs visant à « faire porter la responsabilité des RPS » en fonction des intérêts pratiques et symboliques des acteurs.

#### **3.2 Les cabinets-conseil : acteurs centraux de la PRPS « conflictualisée »**

Ce problème d'imputabilité est d'autant plus prégnant lors que l'action de prévention est réalisée par un acteur externe à l'entreprise, comme les cabinets-conseil: ces derniers jouent un rôle majeur dans la construction sociale des RPS et dans leur approche (Clot & Bouffartigue, 2010).

La question du « politiquement correct » est ici mise en évidence : ces acteurs externes répondent à une « commande préventive » passées par les décideurs de l'organisation, pouvant être les membres du Comité d'Hygiène et de Sécurité des Conditions de Travail (CHSCT) ou la Direction de l'entreprise. La volonté de ne pas déplaire au commanditaire, afin notamment de décrocher des contrats futurs, peut conduire à ne pas le « froisser ».

Il conviendra donc ici d'analyser le champ de RPS et de la PRPS comme un espace d'expression d'enjeux « politiques », via l'existence d'intérêts personnels, pratiques et symboliques, au sein d'un jeu d'acteurs complexe. L'enjeu préventif reposera sur la tension entre acteurs, visant à remporter la « bataille » de la représentation des RPS, et celle de la prévention.

Notre problématique se posera donc au regard de ces constats :

**« *Comment s'opère la mise en place de la prévention des risques psychosociaux du travail par les cabinets-conseil ?* »**

Cette problématique nous permettra de nous questionner sur le caractère subjectif de la PRPS, la construction sociale des RPS, son introduction dans l'organisation et la mise en place concrète des dispositifs préventifs par les cabinets-conseil.

Nos propositions de recherche seront les suivantes :

*Proposition 1 : La mise en place des dispositifs de prévention des risques psychosociaux s'opère dans une tension entre représentations des risques psychosociaux des préventeurs*

*Proposition 2 : Cette tension concerne l'ensemble des acteurs en présence : employeurs, syndicats, CHSCT, salariés, médecine du travail, cabinet-conseil*

*Proposition 3 : Les cabinets-conseil jouent un rôle décisif dans la construction sociale et le traitement de la question des RPS*

*Proposition 4 : Les acteurs institutionnels influent la construction sociale et le traitement des RPS*

Ces propositions se sont notamment inspirées du projet de recherche ANR, réalisé conjointement par le Laboratoire d'Economie et de Sociologie du Travail (LEST) et le Centre de Recherche sur le Travail et le Développement (CRTD), dont les responsables scientifiques sont Paul Bouffartigue, sociologue du travail et Directeur de recherche

CNRS, et Yves Clot, psychologue du travail et Professeur au Conservatoire National des Arts et Métiers (CNAM).

### **Épistémologie et méthodologie de la recherche**

Ce travail de recherche visant à analyser la construction sociale des RPS et la mise en place de dispositifs de PRPS, nous adopterons pour positionnement épistémologique le **paradigme interprétativiste**, où « le monde est fait de possibilités », où le chemin de la connaissance scientifique offre un statut privilégié à la compréhension et à l'interprétation de la réalité (Thiétart, 2007).

De plus, nous nous inscrirons dans une **démarche abductive**, pour aider à la production de sens à l'aide de la comparaison : ainsi, la mobilisation au sein de ce travail de recherche d'une **méthodologie qualitative** semble être la plus adéquate.

La compréhension des logiques de l'action préventive semble imposer une collecte de données essentiellement qualitative, via la tenue d'entretiens semi-directifs et l'observation non-participante notamment. Ces modes de collecte doivent permettre de récolter respectivement des données discursives, reflétant l'univers mental conscient ou inconscient des individus (*ibid.*, 2007), et des données « de terrain ». L'étude exploratoire qualitative doit permettre d'éclairer la spécificité de l'action des consultants dans la PRPS.

### **Terrain**

La recherche empirique menée a permis, à ce stade, de mener six entretiens semi-directifs auprès de six intervenants dans la prévention des RPS : quatre consultants et deux acteurs institutionnels. De plus, elle a permis de prendre contact avec les animateurs institutionnels d'un réseau de consultants spécialisé dans la PRPS en Provence-Alpes-Côte-D'azur (PACA)

Le premier consultant (**#1**) est Docteur en Sociologie et membre d'un cabinet majeur de la scène des RPS au moment de l'entretien, cabinet qu'il a quitté depuis, prétextant que « *dans le domaine des interventions en entreprise, il y a de tout, du plus sérieux au plus farfelu. Quand trop de missions rentrent, on recrute des gens un peu n'importe comment.* »

Le second consultant (**#2**) a une Maîtrise (bac +4) en Psychologie clinique et a débuté une thèse en psychodynamique du travail. Il a créé en 1996 à Marseille un cabinet de consultants : il gère 2 consultants situés à Marseille et 2 autres situés à Lyon.

La troisième consultante (**#3**) est une psychologue clinicienne de formation : au moment de l'entretien, elle était directrice opérationnelle et consultante médiatrice d'un important cabinet de la scène des RPS (concurrent de celui de #1) à Paris

Le quatrième consultant (**#4**) est Docteur en Sociologie et responsable adjoint RPS au sein d'un grand cabinet spécialisé (le même que celui de #1)

La première actrice institutionnelle (**#5**) est conseillère technique au sein de l'URIOPSS (Union Régionale Interfédérale des Organismes Privés Sanitaires et Sociaux) : elle a développé, avec le concours de l'ARACT de sa région, une « *expertise dans le domaine des RPS* », donnant lieu à la publication d'une revue à destination d'organisations du tissu associatif, notamment médico-social.

La seconde actrice institutionnelle (**#6**) est ingénieur de prévention à la DIRECCTE (Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi, ex-DRTEFP) : elle a développé, en partenariat avec ACT Méditerranée et la CARSAT Sud-Est (Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail, ex-CRAM) un référentiel Régional sur les RPS, triumvirat animant un réseau de consultants externes, appelé « Réseau i3R PACA », classés à partir du respect de ce référentiel.

L'état d'avancement de notre étude empirique n'étant à l'heure actuelle qu'à une étape exploratoire, nous exposerons ici certains extraits des différents entretiens menés pouvant confirmer, ou infirmer, nos trois premières propositions.

La quatrième proposition, portant sur l'influence des acteurs institutionnels, sera également illustrée par le témoignage d'un des acteurs institutionnels (**#5**) à l'origine de la mise en place du réseau de consultants, et aussi via la présentation détaillée de ce réseau.

***Proposition 1 : La mise en place des dispositifs de prévention des risques psychosociaux s'opère dans une tension entre représentations des risques psychosociaux des préventeurs***

- **Des équipes pluridisciplinaires**

Avant d'aborder cette « tension » entre représentations des RPS, il convient de souligner **le caractère pluridisciplinaire** des équipes préventives des cabinets-conseil.

*« Les équipes sont pluridisciplinaires (...). On peut avoir des sociologues, des psychologues, des ergonomes, des ingénieurs en organisation, des économistes, des médecins, parfois des psychiatres, et d'anciens dirigeants issus des grandes écoles. » (#1)*

Cette pluridisciplinarité est soulignée par l'ensemble des consultants interrogés. Les RPS sont donc approchées via des approches disciplinaires multiples, et font état, comme nous l'avons vu, d'imputabilité de responsabilités différenciées.

Cependant, bien que des représentations cohabitent au sein des équipes de consultants en charge de la PRPS, l'étude empirique semble mettre en évidence le fait que cette cohabitation ne se traduit pas en « tensions », que la pluralité d'approches des RPS n'aboutit pas à un « affrontement représentatif ».

L'un des effets possibles sur le déroulement de la PRPS est mis en relief par le préventeur #4 : *« Pour être honnête, quand on prend une équipe différente d'une autre, le diagnostic ne sera pas le même. Après, ce n'est pas tout blanc ou tout noir, c'est nuancé. Au même titre que l'échantillon aléatoire et la différence de témoignages que l'on peut récolter, il y a une part de subjectivité : certains vont plus s'axer sur l'histoire de la boîte, d'autres sur les processus, d'autres sur le sens donné au travail etc. »*. La subjectivité liée à l'adoption d'une lecture de la situation psychosociale en fonction de son profil disciplinaire semble réelle.

- **Une co-existence plus qu'un affrontement**

Le préventeur #1 met en évidence le fait qu'il utilise lors du processus de PRPS les méthodes acquises durant son cursus universitaire de sociologie : *« Moi en socio, j'utilise les mêmes démarches que dans le cadre universitaire : l'école de Chicago, la démarche empirique inductive etc. parce que le terrain est prépondérant, j'ai besoin de beaucoup de matériau. Le recueil des données passe par des questionnaires, des entretiens, rien de très original.*

Il est intéressant de noter également la mobilisation théorique épidémiologique de ce sociologue de formation, partagée par l'ensemble des consultants interrogés :

*« Les questionnaires, on les envoie aux salariés : c'est du Karasek et du Siegrist, classique (...) »* (préventeur #1).

Le terme « classique » souligne le caractère quasi-incontournable de ces deux modèles épidémiologiques présentés précédemment.

Enfin, cette cohabitation de grilles de lectures représentatives peut s'illustrer dans les modalités de déroulement des entretiens, étape fondamentales de la PRPS : *« les entretiens, c'est un peu chacun à sa sauce : moi, je sais que j'ai besoin d'une grille d'entretien assez ouverte, pas trop formalisée, pour aller plus loin dans l'entretien. D'autres, leur grille est beaucoup plus formalisée, stricte, voire directive, c'est leur manière de fonctionner. »*

Cela peut s'expliquer par le fait que *« la mobilisation théorique est cependant limitée »* et que *« avec les contraintes de temps, la pression du temps, chacun fait sa partie ! »* (préventeur #1)

***Proposition 2 : Cette tension concerne l'ensemble des acteurs en présence : employeurs, syndicats, CHSCT, salariés, médecine du travail, cabinet-conseil***

- **Une tension réelle entre acteurs**

Bien que la proposition d'une tension entre représentations des consultants dans la mise en place des dispositifs de PRPS semble devoir être révisée, certains éléments témoignent en faveur de l'existence de ce même type de tensions entre l'ensemble des acteurs de la PRPS.

Le fait pour le préventeur #1 de ne faire *« plus que des interventions CHSCT »* car *« au moins, c'est carré, on a une vraie indépendance (...) c'est un cadre d'intervention particulier, rien à voir avec les autres types de mission »* semble exprimer l'existence de telles tensions. Ce même consultant déclare également : *« le « fait du prince », c'est plus pour moi. »* (préventeur #1), comme pour mieux mettre en évidence le fait que une intervention réalisée à la demande de la Direction se déroule dans des conditions de non-indépendance, voire de monarchie tyrannique, pour reprendre le vocabulaire royaliste employé ici.

Cette tension peut s'exprimer autour des instruments de PRPS mis en place, comme les questionnaires : le préventeur #2 considère que *« même si vous prenez des questionnaires standardisés, relativement courants, le contenu même des questionnaires soulève des mécontentements « mais c'est pas possible ! vous pouvez pas poser ces questions là ! »* (préventeur #2). Le préventeur #1 illustre également la tension initiée

par la Direction : *« on a le cas où la Direction demande que le questionnaire soit mieux formulé, il y a parfois même une vraie pression pour le modifier »* (préventeur #1). Le préventeur #4 souligne quant à lui celle initiée par les syndicats : *«ils peuvent nous demander d'adapter, plus ou moins ouvertement, les questionnaires, notamment pour aborder des questions syndicales »* (préventeur #4). Cette volonté d'instrumentaliser les outils de PRPS est soulignée par ce dernier : *« le questionnaire, c'est pas le fourre-tout, ou l'occasion qui fait le larron, pour insérer telle ou telle question »*.

- **La dimension « politique » de la PRPS**

Le préventeur doit *« intégrer les réalités de l'entreprise, toute cette dimension « politique » des situations. Il ne faut pas tomber dans certains pièges tendus autant par la Direction que par les syndicats. (...) Il faut tout faire pour garder son indépendance.*

L'emploi du terme de « pièges », de la Direction ou des syndicats, place clairement le champ de la PRPS au niveau conflictuel : la « tension » dans la construction sociale des RPS semble s'étendre à l'ensemble du dispositif de PRPS, et à l'ensemble des relations d'acteurs, notamment entre la Direction et la médecine du travail. Selon le préventeur #1, *« certains médecins du travail ont « les mains liées » par la Direction : ils ne reconnaissent aucun problème particulier, parfois que les syndicats sont dans un rapport de force avec la Direction, mais aucun problème majeur... »* (préventeur #1)

Cette dimension « politique » peut également se traduire dans le choix du cabinet-conseil :

*« Les élus, le comité de pilotage, le CHSCT (...) peuvent ainsi mettre en concurrence les différents cabinets, et choisir celui qui leur convient le mieux, qui « colle » le mieux à ce qu'ils estiment juste pour leur organisation. »*. Le rôle de production d'expertise professionnelle semble également jouer dans la dimension politique de la PRPS : *« On fait appel à nous parfois pour des raisons strictement politiques, internes à l'entreprise : en cas de rapport de force entre la Direction et les syndicats (...) L'expertise CHSCT peut être un moyen de pression entre les acteurs. »* (préventeur #1)

***Proposition 3 : Les cabinets-conseil jouent un rôle décisif dans la construction sociale et le traitement de la question des RPS***

### •Les cabinets-conseil : des « acteurs politiques »

Les consultants intervenant dans le champ des RPS et de la PRPS, outre le fait d'être sujets à des tensions, voire des pressions de certains acteurs de la démarche, jouent un rôle décisif via leur immersion dans ce champ, et leur « pouvoir de décision ».

*« Doit toujours être mis en balance d'un côté la question de la pertinence méthodologique des outils et de la démarche qui va avec, et de l'autre côté la prise en compte du contexte et des enjeux sociaux, le contexte relationnel dans lequel on évolue : qu'est-ce qu'on peut dire à qui ? Comment peut-être pris tel ou tel retour ? Sur quel... insister sur quel point risque après notre départ aboutir à quelles conséquences. Là on est pas dans l'aspect méthodologique sur l'analyse des risques, l'analyse des risques psychosociaux, on est sur le contexte social spécifique d'une organisation. Une intervention, ça se conçoit en maniant les deux, et en essayant de rendre les deux le plus cohérent possible. Parce que ce qui est très différent à mon sens entre une posture de chercheur et une posture de consultant : le consultant a pour but de changer la réalité, de la transformer, et elle est toujours lestée cette intervention-là, parfois de manière pas très importante, parfois de manière très concentrée, d'enjeux spécifiques aux acteurs. Donc ça c'est quelque chose à intégrer. »*

(Préventeur #2)

L'action du cabinet-conseil doit se penser dans son immédiateté (la mise en place de dispositifs) mais également dans son intégration à l'organisation « prévenue », dans les impacts que peuvent avoir certaines mesures préventives, notamment au niveau du contexte social.

### •L'existence d'un facteur taille et d'un facteur historique comme source de légitimité

Les cabinets-conseil semblent pouvoir jouer un rôle décisif dans la mise en place de dispositifs de PRPS également via leur taille et leur « histoire dans le métier » : *« en tant que gros cabinet, avec un vrai nom, une vraie histoire sur la scène des RPS, on a le pouvoir de dire "on a de l'expérience, faites nous confiance, ce profil ne vas pas aller, nous refusons d'intervenir de la sorte etc.". On a acquis une vraie légitimité, par rapport à nos missions antérieures, notamment les missions médiatisées »* (Préventeur #3)

**Proposition 4 : Les acteurs institutionnels influent la construction sociale et le traitement des RPS**



Il convient ici tout d'abord de présenter le réseau « i3R PACA » : le site internet [www.sante-securite-paca.org](http://www.sante-securite-paca.org) le présente comme suit :

*« Afin de conforter la dynamique régionale, et faciliter la mise en œuvre concrète de la démarche d'évaluation des risques psychosociaux dans les entreprises, la DIRECCTE PACA, la CRAM-SE et ACT Méditerranée ont réalisé un recensement des ressources régionales susceptibles d'accompagner les entreprises sur le champ des risques psychosociaux, et mis en place un comité de pilotage.*

*Les 31 consultants référencés constituent depuis le 8 septembre 2009 le **réseau des Intervenants respectant le Référentiel Régional sur les Risques psychosociaux**, dénommé réseau i3R PACA. Tout consultant appartenant au réseau est tenu de respecter les principes d'intervention en entreprise définis par le comité de pilotage.*

*Ce réseau permet de proposer un appui aux entreprises sur le champ des risques psychosociaux et a pour objectif de créer un espace d'échange et de travail dynamique entre les consultants et les institutionnels autour de ces risques.*

*Le réseau repose sur l'engagement des consultants, qui sont seuls responsables de la qualité de leurs interventions. Le choix du consultant appartient à l'entreprise, qui doit bien évaluer ses besoins, et peut contacter le comité de pilotage en cas de besoin.*

*La liste actuelle des consultants du réseau peut évoluer ; le comité de pilotage examinera une fois par an les nouvelles candidatures.*

Les trois animatrices du réseau, dont l'actrice institutionnelle #5 rencontrée en entretien, ont accepté que je suive pour mes travaux de thèse les différentes manifestations inhérentes au réseau : rencontre acteurs institutionnels/consultants PRPS, échanges entre eux, échanges entre consultants, confrontation des différentes logiques préventives.

L'analyse, via observation non-participante, devra permettre de mettre en évidence les logiques préventives divergentes de ces acteurs, ainsi que l'influence des acteurs institutionnels dans la construction sociale et le traitement des RPS.

Concernant l'historique du réseau, l'ingénieur de prévention de la DIRECCTE, préventeur #6, a mis en évidence l'importance de mettre en place des actions de type primaire, pour limiter les actions secondaires et tertiaires trop fréquemment développées par les cabinets-conseil.

*« En 2009, on a décidé de recenser les consultants capables d'accompagner l'entreprise sous l'angle de la prévention primaire, on a eu des réponses très variées mais c'est ce qu'on recherchait. (...) Donc quand on a fait ce recensement on a eu 77 dossiers, il y a eu 7 ou 8*

*dossiers qui étaient de la formation pure, donc pas en mesure d'accompagner des entreprises dans une démarche de prévention, on les a un peu écarté parce qu'ils ne répondaient pas au champ que l'on recherchait »*

*« Ensuite, sur ces 77 dossiers, on s'est aperçu qu'il y avait des niveaux très variables, donc on a décidé de créer 3 groupes de niveau, on a établi une grille de critères de lecture des dossiers, en fonction de ce qui nous apparaissait nous essentiel : une intervention sur le champ des RPS, le type de prévention développée, la démarche développée, le positionnement du consultant, la démarche telle qu'elle est menée dans l'entreprise. Le positionnement c'est à dire « faire faire » et pas faire complètement, pas position d'expert mais position d'accompagnement... Il y avait le réflexe d'amener tant que possible l'entreprise à l'organisation du travail, au collectif etc. Tout ce que l'on va retrouver ensuite dans le référentiel du réseau. »*

*« Donc sur cette base de critères de choix on a constitué 3 groupes : le groupe 1 qui était les consultants qui nous semblait bons, opérationnels, expérimentés. Le groupe 2 était ceux qui avaient 2 critères essentiels manquants, 2 manquements importants, principalement c'était le mode d'intervention dans l'entreprise et l'expérience. Le groupe 3 c'était vraiment des consultants débutants, qui intervenaient vraiment sur d'autres champs, qu'ils disaient proches, mais qui n'était pas à proprement parler sur le champ des RPS. »*

*« Le groupe 1, on a décidé de constituer un réseau avec eux, qu'on appelle le réseau i3r PACA (le Réseau des Intervenants Respectant le Référentiel Régional sur les RPS) »*

L'analyse empirique n'en est donc qu'à ses premiers enseignements : il conviendra évidemment de mener d'autres entretiens avec des consultants RPS, si possible de profils différents (cursus scolaire, expérience, sexe, âge etc.). Il conviendra également, dans la mesure du possible, de suivre certains de ces consultants « sur le terrain » pour pouvoir se saisir des réalités préventives concrètes. Les demandes de suivi sur le terrain se sont malheureusement toutes vues une fin de non-recevoir, prétextant l'impossibilité, réglementaire ou effective, de la présence d'une tierce personne lors de la PRPS.

L'analyse du fonctionnement du réseau « i3R PACA » devra permettre d'analyser les RPS et la PRPS sous un angle nouveau : celui de la confrontation des représentations et des

processus de préventions entre acteurs institutionnels et consultants, et également entre ces derniers.

## Bibliographie

ABORD DE CHATILLON E. (2004), « Management de la santé et de la sécurité au travail : un problème de mesure ? », *Actes du 15<sup>ème</sup> congrès de l'AGRH*, Montréal, pp. 2543-2565

BOUFFARTIGUE P., BOUTEILLER J., PENDARIES J.-R., RABASSA A. (2008), « Représentations des relations travail – santé dans deux groupes socioprofessionnels sexués : soignantes hospitalières et salariés de la sous-traitance pétrochimique. De l'enquête SUMER à une enquête originale en PACA », *Rapport final – Recherche réalisée pour le compte de la DARES (Convention n°0000145)*, Septembre 2008

CARTWRIGHT S., COOPER C.L., MURPHY L.R. (1996), « Diagnosing a healthy organization : A proactive approach to stress in the workplace » in Murphy L.R., Hurrell J.J., Sauter S.L. and G. (Eds.), *Job stress interventions*, Washington (D.C) : American Psychological Association, pp. 217-234

CLOT Y. (2008), « Une nouvelle prophylaxie sociale ? », postface à la 3<sup>ème</sup> édition, *Le travail sans l'homme ? Pour une psychologie des milieux de travail et de vie*, Paris, La Découverte, coll. « La découverte/poche », 2008

CLOT Y., BOUFFARTIGUE P. (2010), « Stress et risques psychosociaux au travail : acteurs et pratiques. Le développement de dispositifs liés au « stress » dans les entreprises », *Projet de recherche ANR*, version du 22 Mai 2010, LEST-CRTD

COOPER C. L. (2001), *Theories of organizational stress*, Oxford University Press, 2001

CRU D. (1996), « Les politiques de prévention des risques professionnels. Valoriser les savoirs collectifs », entretien publié dans *Le Mensuel*, p.2, Décembre 1996

DAVEZIES P. (2007), « Le stress au travail : entre savoirs scientifiques et débat social », *Performances. Stratégies et facteur humain*, n°1, 2007, pp. 4-7

DEFRAK R.S., COOPER C.L. (1987), « Worksite stress management interventions: their effectiveness and conceptualisation », *Journal of Managerial Psychology*, 2 (1) pp. 4-10

DEJOURS C. (1980), *Travail et usure mentale. Essai de psychopathologie du travail*, Paris, Le Centurion, Collection « Médecine humaine », 1980, pp. 35-36, 53-62

DETCHESSAHAR M., PIHEL L., MINGUET G. (2009), « Les déterminants organisationnels et managériaux de la santé au travail : l'enjeu de la parole sur le travail », *Étude SORG, « Santé, Organisation et Gestion des ressources humaines »*, Programme SES Santé-Environnement Santé-Travail 2006-2008, Septembre 2009

HUEZ D. (2008), *Souffrir au travail : comprendre pour agir*, Éditions Privé, 2008

ILO – International Labour Organization (2002), *Stress at work. Programme on Safety and Health at Work and the Environment*. Genève : Safe Work, 2002

- IVANCEVICH J.M., MATTESON M.T., FREEDMAN S.M., PHILLIPS J.S. (1990), « Worksite stress management interventions », *American Psychologist*, 45, pp. 252-261
- KARASEK R. (1979), « Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain : Implications for Job Redesign », *Administrative Science Quarterly*, 24, pp. 285-308
- KIENER A. (2001), « Le stress au travail : essai en vue d'un futur programme de prévention », *Revue de politique économique*, 10, 2001
- LEGARE G., PREVILLE M., MASSE R., POULIN C., BOYER R., ST-LAURENT D. (2000), « Santé mentale », Chapitre 16 in *Enquête sociale et de santé 1998*, 2ème édition, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2000
- LEGERON P. (2008), « Le stress professionnel », *L'information psychiatrique*, Vol. 84, N°9 – Novembre 2008
- LORIOU M. (2006), *Sociologie du monde du travail*, Quadrige Manuels, (pp.227-244), Éditions PUF, 2006
- LORIOU M. (2009), « Les contraintes psychosociales au travail : un regard sociologique », in LEROUX L. et al. (2009), *Risques psychosociaux au travail. Étude comparée Espagne, France, Grèce, Italie, Portugal*, Collection L'Harmattan, 2009
- MACKAY C.J., COOPER C.L. (1987), « Occupational stress and health : Some current issues ». In COOPER C.L., ROBERTSON I.T. (Eds.), *International review of industrial and organizational Psychology* (pp. 167-199). Chichester, UK : John Wiley & Sons Ltd
- MURPHY L. R. (1988), « Workplace interventions for stress reduction and prevention ». In C.L. COOPER AND R. PAYNE (Eds.), *Causes, coping and consequences of stress at work*, New York : John Wiley & Son Ltd, pp. 301-342
- NEBOIT M., VEZINA M. (2002), *Stress au travail et santé psychique*, Collection Travail et Activité humaine, OCTARES Éditions, 2002
- PICARD D. (2006), « Difficultés de la prévention des pathologies psychosociales liées au travail », *Revue management et avenir*, 2006/2, N°8, p. 199-217
- POT F. D. (2001), « TNO Work and employment - Pays-Bas. La prévention du stress au travail », Éditions Réseau ANACT, Novembre 2001
- SELYE H. (1976), *The stress of life*, New York : McGraw-Hill, 1956
- SIEGRIST J. (1996), « Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions », *Journal of Occupational Health Psychology* 1996, 1: pp. 27-41
- THEBAUD-MONY A., ROBATEL N. (2009), « Stress et risques psychosociaux au travail », *Problèmes politiques et sociaux*, La documentation Française, Octobre 2009, N°965

THIETART R. A. (2007), *Méthodes de recherche en management*, Éditions Dunod, 3<sup>ème</sup> édition

VAN DER HEK H., PLOMP H.N. (1997), « Occupational stress management programmes : a practical overview of published effect studies », *Occupational Medicine*, 47 (3), pp. 133-141

VEZINA M., BOURBONNAIS R., BRISSON C., TRUDEL L. (2006), « Définir les risques. Note de recherche : Sur la prévention des problèmes de santé mentale », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2006/3, 163, p. 32-38